

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

□ 前期 □ 高齢一定 □ 高齢一般 □ 六歳未満 (第 回目)

被保険者(申請者)情報
記号 番号 事業所の名称
被保険者等記号・番号(左づめ)
氏名 (フリガナ) 生年月日
住所 (〒 -) 都道 府県
電話番号(日中の連絡先) TEL ()
□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

振込先指定口座
□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、区分2. に○をつけ受取代理人の欄に記入してください。
金融機関名称 銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 本所 支所 その他()
預金種別 普通 口座番号(左づめ)
口座名義(カタカナ) ▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。
口座名義の区分 1. 申請者 2. 代理人

※2 受取代理人の欄
令和 年 月 日
被保険者(申請者) 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。
氏名
代理人(口座名義人) (〒 -) TEL () 委任者と代理人との関係
住所 (フリガナ)
氏名

※「2」の場合は必ずご記入ください。
受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用することはできません。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

◎ 訂正箇所は二重線で抹消し、正しい内容と訂正者の氏名(フルネーム)をご記入ください。

【添付書類】
①申請内容の領収書のコピー(お手元にあれば)
②負傷原因届(ケガの場合)

(R6.12)
受付日付印

被保険者氏名

◎ 申請書は診療月ごとに作成してください。

支給決定まで診療月後2ヶ月以上かかります

申請内容	1 診療月	年 月		〔左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院 別等)にご記入ください。〕		
	2 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)		
		氏名		氏名		氏名
	家族の場合はその方の		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 生年月日	
	3 療養を受けた医療機関・薬局の		名称		名称	
	所在地		所在地		所在地	
療養の内容などについて	4 傷病名	ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。		ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。		
	療養を受けた期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		年 月 日 から 年 月 日 まで	
	入院通院の別		<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他		<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	
医療機関等で支払った金額などについて	5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	円		円		
	※ 診療合計点数	※ 点		※ 点		
6 他の公的年金から、医療費の助成を受けていますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	はいの場合		助成を受けた制度の名称 自己負担分の助成の内容		助成を受けた制度の名称 自己負担分の助成の内容	

※欄は記入しないでください。

◎ 訂正箇所は二重線で抹消し、正しい内容と訂正者の氏名(フルネーム)をご記入ください。

1の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月分の診療月をご記入ください。

7 診療月

1 年 月

2 年 月

3 年 月

被保険者本人が住民税非課税者である場合は、自己負担限度額が軽減されます。

マイナンバーを活用して非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号を記入してください。

非課税者の情報	診療月が 1月～7月の場合	「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号	〒	□□□□-□□□□
	診療月が 8月～12月の場合	「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号	〒	□□□□-□□□□